

Body dysmorphic disorder (stoornis in de lichaamsbeleving)

Een overzicht

N.C.C. VULINK, D. DENYS

ACHTERGROND Body dysmorphic disorder of stoornis in de lichaamsbeleving (morfodysforie, BDD), is een stoornis waarbij er een overmatige bezorgdheid over het uiterlijk bestaat. De afgelopen jaren is er een toegenomen belangstelling voor de prevalentie en neurobiologische achtergrond van de stoornis in de lichaamsbeleving.

DOEL Een overzicht bieden van de literatuur over de stoornis in de lichaamsbeleving.

METHODE Een literatuuronderzoek waarbij gebruik is gemaakt van PsychINFO en PubMed met de zoektermen 'body dysmorphic disorder' en 'dysmorphobia' en 'somatoform disorder', betreffende de periode van 1977 tot en met 2003.

RESULTATEN De stoornis in de lichaamsbeleving is een belangrijke psychiatrische aandoening met een prevalentie variërend tussen 0,7 en 13%. Zowel het serotonerge als het dopaminerge systeem lijken erbij betrokken te zijn en er zijn ook structurele hersenveranderingen aangetoond. Psychiatrische behandeling met serotonineheropnameremmers en cognitieve gedragstherapie kunnen deze patiënten een uitkomst bieden.

CONCLUSIE De stoornis in de lichaamsbeleving is een ernstige psychiatrische aandoening, maar komt voornamelijk voor op de afdelingen plastische chirurgie en dermatologie. Vaak wordt de aandoening niet herkend. Vroege herkenning is echter wel belangrijk, aangezien er goede psychiatrische behandelingen bestaan.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)1, 21-27]

TREFWOORDEN dysmorphofobie, morfodysforie, somatoforme stoornis, stoornis in de lichaamsbeleving

Een 29-jarige man werd opgenomen na een suïcidepoging. Deze suïcidepoging was het gevolg van een depressie door de preoccupatie met zijn uiterlijk en lichaamsbeleving. Hij kan het haar op zijn lichaam niet verdragen, hij heeft zijn hoofd kaal geschoren en voelt de drang om zijn hele lichaam te ontharen met een laserbehandeling. Regelmatig is hij in de sportschool te vinden om zijn spieren te trainen en daarmee zijn uiterlijk te verbeteren. Door zijn klachten is hij gestopt met zijn werk.

Hij heeft slechts een paar goede vrienden. Op het moment van de intake had hij wel een vriendin. Hij werd ingesteld op fluvoxamine 200 mg per dag, wat een duidelijke vermindering gaf van zijn preoccupatie met zijn uiterlijk.

Er is hier sprake van een patiënt met een overmatige bezorgdheid over het uiterlijk zonder een duidelijk lichamelijk defect, die leidt tot beperkingen in het functioneren. Deze aandoening heet body dysmorphic disorder (BDD): stoornis in de

lichaamsbeleving (morfodysforie). In de afgelopen jaren is steeds meer bekend geworden over de prevalentie, diagnostiek, neurobiologische achtergrond en behandeling. Deze inzichten worden hier besproken.

METHODE

Er werd een literatuuronderzoek verricht betreffende de periode 1977-2003, waarbij gebruikgemaakt werd van PubMed en PsycINFO. Hierbij werden combinaties van de volgende trefwoorden gebruikt: 'body dysmorphic disorder', 'dysmorphobia' en 'somatoform disorder'.

RESULTATEN

De 50 gevonden artikelen waren gevalbeschrijvingen ($n = 6$), originele onderzoeksartikelen ($n = 33$) en overzichtsartikelen ($n = 11$) en zijn alle voor dit overzicht gebruikt. Deze lijst is naar alle waarschijnlijkheid exhaustief. Artikelen met betrekking op kinderen werden niet meegenomen.

Fenomenologie De stoornis in de lichaamsbeleving (body dysmorphic disorder, BDD) is een psychiatrische aandoening, waarbij het centrale symptoom de preoccupatie met een vermeend defect van het uiterlijk is en waarbij de preoccupatie leidt tot beperkingen in het functioneren. Het betreft vaak de neus, de huid of het haar, maar het kan om ieder lichaamsdeel gaan, of om het gehele uiterlijk (Phillips 1991). Deze gedachten kunnen obsessief zijn, waarbij de patiënt inzicht behoudt in het overdreven karakter van zijn gedachten; of kunnen de vorm aannemen van een waan, waarbij het inzicht verloren gaat en de patiënt dus psychotisch is (Phillips e.a. 1994; Veale e.a. 2002). Uit onderzoek blijkt dat twee derde van alle patiënten betrekkingsideeën heeft (Phillips e.a. 1993) en dat meer dan de helft van de patiënten gedurende een bepaalde periode van de aandoening psychotisch is geweest (Phillips e.a. 1994).

Negentig procent van de patiënten met BDD

controleert in de spiegel, camoufleert en krabt overmatig aan onregelmatigheden van de huid (skin-picking) (Phillips e.a. 1993). Patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd; de helft heeft suïcidale ideaties, en een derde heeft een suïcide poging gedaan (Altamura e.a. 2001; Cotterill & Cunliffe 1997). Een Zweeds onderzoek bij vrouwen na borstvergrotende operaties, toonde een driemaal verhoogd risico van suïcide (Koot e.a. 2003). Bij BDD is er verder comorbiditeit van depressie (31-93%), sociale fobie (11-43%), middelenmisbruik (40%), en de obsessieve compulsieve stoornis (OCS, 34-39%) (Brawman-Mintzer e.a. 1995; Phillips e.a. 1993; Phillips e.a. 1994).

Morselli (1852-1929) introduceerde de term *dysmorphophobia* in 1891 (Jerome 2001). Het is vermeldenswaard dat de eerste beschrijvingen van de aandoening kort na de ontdekking van de fotografie in 1840 hun intrede deden in de psychiatrie. Patiënten werden hierdoor in staat zich te vergelijken met anderen, zoals filmsterren. Nadien werd de stoornis ook bekend als '*dermatologic hypochondriasis*', '*psychosis of ugliness*', '*madness of introspection*', '*hypochondria of beauty*', en vele andere synoniemen.

Prevalentie en demografische gegevens De levensprevalentie van BDD varieert tussen 0,7 en 13% en deze variatie kan voor een deel verklaard worden door de verschillen in methodologie en populaties in de verschillende onderzoeken (Biby 1998; Bienvenu e.a. 2000; Bohne e.a. 2002; Faravelli e.a. 1997; Fitts e.a. 1989; Otto e.a. 2001). In 2 cross-sectionele steekproeven in de bevolking was de prevalentie 0,7, en in een familieonderzoek van patiënten met OCS en een controlegroep varieerde de prevalentie tussen 1 en 3% (Bienvenu e.a. 2000; Faravelli e.a. 1997; Otto e.a. 2001). In een studentenpopulatie was de prevalentie hoger, variërend van 4 tot 28%, waarbij in dit laatste percentage patiënten met een eetstoornis betrokken waren (Biby 1998; Bohne e.a. 2002; Fitts e.a. 1989). In tegenstelling tot de verwachting, is er geen verschil in het voorkomen van BDD tussen mannen en vrouwen (Lochner & Stein 2001; Phillips & Diaz

1997). Een vijfde van de patiënten met BDD heeft een opleiding of beroep in kunst of ontwerpen, wat kan duiden op een bijzondere esthetische bekommernis (Veale 2002). Ongeveer drie vierde van de patiënten met BDD is niet getrouwd (Phillips 1991; Veale e.a. 1996b). Dit is in overeenstemming met bij de vereenzaming en sociale isolatie die bij veel patiënten voorkomen.

Diagnostiek In de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) wordt BDD als een aparte stoornis beschreven bij de somatoforme aandoeningen. De waanachtige vorm van BDD kan ook gediagnosticeerd worden als het somatische subtype van de waanstoornis. Wanneer patiënten met de obsessieve vorm en de waanachtige vorm van BDD met elkaar worden vergeleken, blijken er geen verschillen te bestaan tussen beide groepen. Dit pleit voor het bestaan van één aandoening met verschillende uitingsvormen, wat ook bij dezelfde patiënt in de loop der tijd kan wisselen (Phillips e.a. 1994).

De laatste 5 jaar wordt BDD gerekend tot de obsessieve compulsieve spectrumstoornissen, samen met hypochondrie, anorexia nervosa en boulimia nervosa, pathologisch nagelbijten, gokken, skin-picking, trichotillomanie, kleptomanie en pyromanie (Bienvenu e.a. 2000; Hollander e.a. 1992). De relatie tussen OCS en BDD werd reeds beschreven door Morselli (Jerome 2001). Hoewel er enkele verschillen bestaan tussen BDD en OCS wat betreft de inhoud van de obsessies/preoccupaties en de mate van inzicht in deze preoccupaties, zijn er veel overeenkomsten, zoals de beginleeftijd, symptomen, etiologie, familiale transmissie en effect van de behandeling. Bij BDD is er wel sprake van een hogere comorbiditeit en suïcidaliteit dan bij OCS (Almatura e.a. 2001; Phillips e.a. 1993, Veale e.a. 1996b). Het voorkomen van OCS bij patiënten met BDD varieert tussen de 34-39% en omgekeerd komt BDD voor bij 8-78% van de patiënten met OCS (Bohne e.a. 2002; Brawman-Mintzer e.a. 1995; Cororve & Gleaves 2001; Hollander e.a. 1992; Phillips e.a. 1994; Simeon e.a. 1995; Spitzer e.a. 1992).

Hoewel BDD een psychiatrische stoornis is,

melden patiënten zich bijna uitsluitend aan op somatische afdelingen (Phillips e.a. 2001a). Uit onderzoek is gebleken dat van alle patiënten die zich aanmelden op de polikliniek plastische chirurgie en dermatologie, 2-53% en respectievelijk 12-15% voldoen aan de diagnose BDD (Almatura e.a. 2001; Andreasen & Bardach 1977; Dufresne e.a. 2001; Ishigooka e.a. 1998; Phillips e.a. 2000; Sarwer e.a. 1998, Vindigni e.a. 2002). Het is daarom belangrijk dat de andere medisch specialisten, zoals KNO-artsen, dermatologen en plastisch chirurgen dit ziektebeeld herkennen en behandelen in samenwerking met de consultatieve psychiatrie. Het belangrijkste diagnostische criterium voor BDD is de discrepantie tussen de ernst van het lichamelijk defect en de mate van bezorgdheid over dit defect. Ook moet deze bezorgdheid leiden tot beperkingen in het functioneren (DSM-IV, American Psychiatric Association 1994). Niet alleen kan de diagnose gemist worden omdat het ziektebeeld niet herkend wordt, maar ook omdat patiënten er uit schaamte niet over spreken (Grant e.a. 2001).

Etiologie De neurobiologische achtergrond van BDD is tot nu toe nog onduidelijk. Er zijn aanwijzingen voor de betrokkenheid van zowel het serotonerge als het dopaminerge systeem bij BDD. De belangrijkste aanwijzing voor de betrokkenheid van serotonine is de effectieve werking van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bij patiënten met BDD. Daarnaast werd bij tryptofaandepletie (de voorloper van serotonine) bij een patiënt met BDD, een verergering van BDD-klachten gevonden (Barr e.a. 1992). Ten slotte werd in een klinische gevalsbeschrijving een verslechtering van de BDD-symptomen beschreven bij een patiënt die cyproheptadine, een serotonineantagonist, kreeg toegediend (Craven & Rodin 1987). Het dopaminerge systeem lijkt vooral betrokken bij de waanachtige vorm van BDD. Antipsychotica zijn beperkt onderzocht en zijn in enkele klinische gevalsbeschrijvingen effectief gebleken (Fawcett 2002). Naast onderzoek op neurotransmitterniveau, is er ook onderzoek gedaan op het niveau van de neuroanatomie. In

een structureel MRI-onderzoek bij 8 vrouwelijke patiënten met BDD, werd een afwijking gevonden in de linker nucleus caudatus, en een toename van wittestofvolume vergeleken met controlepersonen (Rauch e.a. 2003). Tot op heden zijn er geen klinische genetische onderzoeken of tweelingonderzoeken uitgevoerd.

Behandeling De meeste patiënten krijgen een niet-psychiatrische behandeling en de resultaten hiervan zijn bedroevend (Phillips e.a. 2001b). Van alle patiënten is 68-81% ontevreden en gaat opnieuw op zoek naar een niet-psychiatrische behandeling (Dufresne e.a. 2001; Phillips e.a. 2001b). Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van behandeling met SSRI's. In enkele klinische gevalbeschrijvingen en in open onderzoeken werd gemiddeld een respons van 63% gevonden (Albertini & Phillips 1999; Hollander e.a. 1994; Hollander e.a. 1989; Perugi e.a. 1996; Phillips e.a. 1993). In een dubbelblind, cross-overonderzoek werd de effectiviteit van clomipramine ten opzichte van desipramine aangetoond (Hollander e.a. 1999). Deze uitkomsten doen vermoeden dat het serotonerge systeem belangrijker is dan het noradrenerge systeem bij de behandeling van patiënten met BDD, net zoals bij OCS. Fluvoxamine, fluoxetine, paroxetine, clomipramine, sertraline en citalopram zijn ook allemaal effectief bij de behandeling (Hollander e.a. 1999; Phillips e.a. 2001a, Phillips & Najjar 2003). In het tot nu toe enige placebogecontroleerde dubbelblinde onderzoek met fluoxetine had van de 67 patiënten ruim de helft een goede respons. Zowel waanachtige als niet-waanachtige patiënten hadden een even grote kans te reageren op SSRI's; wel was het zo dat een mindere mate van waanachtigheid samenviel met een grotere kans te reageren op SSRI's (Phillips e.a. 2002). Dit is in tegenstelling tot een onderzoek waarbij juist bij toename van waanachtigheid de kans op reactie op clomipramine toenam (Hollander e.a. 1999). Wat betreft de augmentatieonderzoeken is er een open onderzoek beschreven, waarbij additie van buspiron aan SSRI's effectief was bij 6 van de 13 patiënten

met BDD (Phillips 1996). Toevoegen van een anti-psychoicum aan SSRI's lijkt minder effectief (15,4% verbetering) (Phillips e.a. 2001a).

Naast medicamenteuze therapie zijn gedragstherapie, bestaande uit *exposure*, responspreventie, cognitieve herstructurering, en psycho-educatie ook effectief gebleken. Deze behandelingen zijn zowel individueel (Marks & Mishan 1988; Neziroglu & Yaryura-Tobias 1997) als in groepsverband (Rosen e.a. 1995; Veale e.a. 1996a; Wilhelm e.a. 1999) beschreven. Er zijn twee gerandomiseerde onderzoeken gedaan. In het onderzoek van Rosen e.a. (1995) werden 54 vrouwen met BDD gerandomiseerd verdeeld in een groep die 8 sessies van 2 uur cognitieve gedragstherapie kreeg en een wachtlijstgroep. In de therapiegroep verbeterden 22 van de 27 vrouwen en in de wachtlijstgroep 2 van de 27. Veale e.a. (1996a) hebben 19 patiënten met BDD gerandomiseerd verdeeld in een groep met 12 wekelijkse sessies cognitieve gedragstherapie en een wachtlijstgroep. In de behandelde groep (n=9) was er 50% afname van de ernst van de BDD-klachten, terwijl in de wachtlijstgroep de symptomen stabiel bleven. Bouman (1998) heeft een overzicht gemaakt van de verschillende onderzoeken naar (cognitieve) gedragstherapie bij patiënten met BDD en concludeerde dat gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie interessante therapeutische mogelijkheden zijn. Het modifieren van disfunctionele opvattingen en de *exposure* aan sociale situaties werden het meest genoemd, maar de evidentie voor de behandel-effectiviteit is niet overtuigend vanwege methodologische tekortkomingen (Bouman 1998).

Er is geen longitudinaal onderzoek gedaan naar de prognose van BDD.

CONCLUSIE

De stoornis in de lichaamsbeleving is een ernstige psychiatrische aandoening. Patiënten met deze stoornis melden zich vooral aan met hun ingebeelde defect van het uiterlijk voor behandeling op de afdelingen plastische chirurgie en dermatologie. Omdat goede psychofarmacologische en

psychotherapeutische behandelingen beschikbaar zijn, is het belangrijk dat de aandoening vroegtijdig wordt herkend.

LITERATUUR

- Albertini, R.S., & Phillips, K.A. (1999). Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 453-459.
- Altamura, C., Paluello, M.M., Mundo, E., e.a. (2001). Clinical and sub-clinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 105-108.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de versie)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andreasen, N.C., & Bardach, J. (1977). Dysmorphophobia: symptom or disease? *American Journal of Psychiatry*, 134, 673-676.
- Barr, L.C., Goodman, W.K., & Price, L.H. (1992). Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1406-1407.
- Biby, E.L. (1998). The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 489-499.
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Riddle, M.A., e.a. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48, 287-293.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N.J., e.a. (2002). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research*, 109, 101-104.
- Bouman, T.K. (1998). Spiegeltje, spiegeltje aan de wand ... Cognitieve gedragstherapie en de stoornis in de lichaamsbeleving (Body Dysmorphic Disorder). *Gedragstherapie*, 31, 205-219.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R.B., Phillips, K.A., e.a. (1995). Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1665-1667.
- Cororve, M.B., & Gleaves, D.H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21, 949-970.
- Cotterill, J.A., & Cunliffe, W.J. (1997). Suicide in dermatological patients. *The British Journal of Dermatology*, 137, 246-250.
- Craven, J.L., & Rodin, G.M. (1987). Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 143-145.
- Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C., e.a. (2001). A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatologic Surgery*, 27, 457-462.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., e.a. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24-29.
- Fawcett, R.G. (2002). Olanzapine for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 169.
- Fitts, S.N., Gibson, P., Redding, C.A., e.a. (1989). Body dysmorphic disorder: implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychological Reports*, 64, 655-658.
- Grant, J.E., Kim, S.W., & Crow, S.J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 517-522.
- Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., e.a. (1999). Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1033-1039.
- Hollander, E., Cohen, L., Simeon, D., e.a. (1994). Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 14, 75-77.
- Hollander, E., Liebowitz, M.R., Winchel, R., e.a. (1989). Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry*, 146, 768-770.
- Hollander, E., Neville, D., Frenkel, M., e.a. (1992). Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics*, 33, 156-165.
- Ishigooka, J., Iwao, M., Suzuki, M., e.a. (1998). Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 283-287.
- Jerome, L. (2001). Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas (E. Morselli, Vert.). *History of Psychiatry*, 45, 103-114.
- Koot, V.C., Peeters, P.H., Granath, F., e.a. (2003). Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. *British Medical Journal*, 326, 527-528.
- Lochner, C., & Stein, D.J. (2001). Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 19-26.
- Marks, I., & Mishan, J. (1988). Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception. A pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152, 674-678.
- Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J.A. (1997). A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic

- disorder. *Behavior Modification*, 21, 324-340.
- Otto, M.W., Wilhelm, S., Cohen, L.S., e.a. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2061-2063.
- Perugi, G., Giannotti, D., Di Vaio, S., e.a. (1996). Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 247-254.
- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Phillips, K.A. (1996). An open study of buspirone augmentation of serotonin-reuptake inhibitors in body dysmorphic disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 175-180.
- Phillips, K.A., Albertini, R.S., & Rasmussen, S.A. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 381-388.
- Phillips, K.A., Albertini, R.S., Siniscalchi, J.M., e.a. (2001a). Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 721-727.
- Phillips, K.A., & Diaz, S.F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 570-577.
- Phillips, K.A., Dufresne, R.G., Jr., Wilkel, C.S., e.a. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 42, 436-441.
- Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, J., e.a. (2001b). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42, 504-510.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Jr., e.a. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Jr., e.a. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 30, 179-186.
- Phillips, K.A., & Najjar, F. (2003). An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 715-720.
- Rauch, S.L., Phillips, K.A., Segal, E., e.a. (2003). A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatric Research*, 122, 13-19.
- Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Pertschuk, M.J., e.a. (1998). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101, 1644-1649.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D.J., e.a. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1207-1209.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., e.a. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Veale, D. (2002). Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 383-400.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., e.a. (1996b). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Veale, D., Ennis, M., & Lambrou, C. (2002). Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1788-1790.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., e.a. (1996a). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 717-729.
- Vindigni, V., Pavan, C., Semenzin, M., e.a. (2002). *The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation?* Presented at the 13th Annual Meeting of European Association of Plastic Surgeon (ERAPS), Crete, Greece.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Lohr, B., e.a. (1999). Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 71-75.

AUTEURS

De auteurs zijn werkzaam bij het Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen, afdeling psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

N.C.C. VULINK is assistent-geneeskundige psychiatrie in opleiding tot klinisch onderzoeker (AGIKO).

D. DENYS is psychiater en hoofd van de afdeling Angst- en Dwangstoornissen van het UMC Utrecht.

Correspondentieadres: mevr. N.C.C. Vulink, M.D., Universitair Medisch Centrum Utrecht, (B.01.206), Postbus 85500, 3508 GA Utrecht. Tel.: (030) 2506370. Fax: (030) 2505443.

E-mail: N.C.C.vulink@azu.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel is voor publicatie geaccepteerd op 14-5-2004.

SUMMARY

Body dysmorphic disorder: an overview – N.C.C. Vulink, D. Denys –

BACKGROUND Persons suffering from debilitating psychiatric disease known as body dysmorphic disorder (BDD) are preoccupied with imagined or slight defects in their appearance. Over the past few years there has been increased interest in the prevalence and neurobiology of body dysmorphic disorder.

OBJECTIVE To provide an overview of the literature on body dysmorphic disorder.

METHOD We searched the literature from 1977 up to the present using PsychINFO and PubMed on the basis of the key words ‘body dysmorphic disorder’, ‘dysmorphobia’ and ‘somatoform disorder’.

RESULTS Body dysmorphic disorder is an important psychiatric disease with a prevalence ranging from 0.7% to 13%. Both the serotonergic and the dopaminergic systems are involved and also structural changes can occur in the brain. Patients with body dysmorphic disorder benefit from psychiatric treatment with serotonergic re-uptake inhibitors and from cognitive behavioural therapy.

CONCLUSION Since persons with body dysmorphic disorder are more likely to attend plastic surgery clinics and dermatology clinics than psychiatric clinics, their disorder is often unrecognised or overlooked. Early diagnosis is important since good psychiatric treatment is available.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)1, 21-27]

KEY WORDS body dysmorphic disorder, dysmorphobia, somatoform disorders